Rok XLIII. Kraków 13 Sierpnia 1904. Nr. 33.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chorób zakaźnych szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie pod dyrekcyą Prof. Dra M. Jakubowskiego.

Przypadek ubocznego działania surowicy przeciwbłoniczej.

Napisał
Dr. Adam Gettlich,
sekundaryusz szpitala.

Rzadki, poraz pierwszy dopiero niedawno uwzględniony przypadek ubocznego działania surowicy przeciwbłoniczej spostrzegaliśmy w oddziale dyfterytycznym szpitala św. Ludwika.

Działaniem tem — najprawdopodobniej — zostają spowodowane zmiany w błonie śluzowej i w tkance podśluzowej krtani, przedstawiające obraz kliniczny, zbliżony bardzo do dławca błoniczego. Pierwszym, który zwrócił na tę okoliczność uwagę i sprawą tą się zajął, był prof. Mya (we Florencyi). W marcu zeszłego roku na posiedzeniu Towarzystwa pedyatrów włoskich w Rzymie[1]) opisał dwa przez siebie leczone przypadki błonicy gardła i krtani, leczone surowicą, w których następowe i późne wystąpienie objawów dławca przypisał działaniu tej surowicy. W kilka miesięcy później doniósł o trzecim podobnym przypadku (na zebraniu tego samego Towarzystwa pedyatr.). Jakkolwiek w toczącej się wówczas dyskusyi na wywody Mya i powszechnie się godzono, on sam przecież podnosił wątpliwości, uważając wypowiedziane przez siebie zdania tylko za przypuszczenie, zresztą bardzo uzasadnione. Nowe dopiero spostrzeżenie, dużo wybitniejsze od poprzednich, utwierdziło go w pierwotnym sądzie. Ogłosił je w „Monatschrift für Kinderheilk.“, w zeszycie styczniowym z tego roku (B. II, Nr. 10). W przypadku tam opisanym Mya stosował surowicę przeciwbłoniczą w celu zapobiegawczym, zatem u dziecka, nieokazującego zmian błoniczych. Objawy cieśni krtaniowej, które obok osutki skórnej i pewnych oznak zatrucia ustroju w krótkim czasie po tem wystąpiły, przypisuje surowicy, a zmiany w krtani, wywołane jej działaniem, określa jako „*hypoglottisches Oedem aus Diphterieserum-Injectionen*“. Przypadek, spostrzegany w naszym szpitalu, okazuje wszystkie cechy, które Mya widział, opisał i określił powyższą nazwą, a przedstawia się jak następuje:

W połowie stycznia b. r. zgłosiła się do ambulatoryum szpitalnego matka z dwojgiem dzieci: jedno z ciężką błonicą gardła i krtani, drugie przyniosła, aby się upewnić, czy mu nie grozi również błonica (siostra tych dwojga dzieci już od paru dni na oddziale dyfterytycznym). Pierwsze przyjęto do szpitala, drugie zaś, u którego nie znaleziono żadnych zmian chorobowych, miało być zabrane do domu — po otrzymaniu zapobiegawczo dawki surowicy przeciwbłoniczej. Tymczasem matka, odniosłszy chore dziecko na oddział szpitalny, oddaliła się niepostrzeżenie, zostawiając w szpitalu i dziecko zdrowe. Umieszczono je oddzielnie, zaliczając jednak do chorych oddziału błoniczego: jemu to zawdzięczamy nasze spostrzeżenie.

Dziewczynka trzechletnia, bez zboczeń w budowie i odżywieniu, dotąd zawsze zdrowa. W chwili przyjęcia nie stwierdzono u niej żadnych zmian chorobowych, w szczególności gardło i drogi oddechowe przedstawiały stan zupełnie prawidłowy. Ciepłota ciała normalna.

Około godz. 11 rano (zaraz po przyjęciu) wstrzyknięto dawkę surowicy przeciwbłoniczej 1000 jedn. Behringa (z zakł. prof. Bujwida). W dniu tym stan dziecka pozostał niezmieniony.

Na drugi dzień rano spostrzeżono znaczne zmiany: osutka plamista, podobna do odrowej, zajmuje głównie tułów; na szyi i kończynach nieliczne tylko plamki. W gardle, na zapalnie rozpulchnionem i zaczerwienionem podniebieniu miękkiem, na całem otoczeniu wejścia do krtani i na tylnej części podniebienia twardego, tak samo zapalnie zmienionych, liczne, drobne plamki czerwone, nieco sinawe. Głos zachrypnięty, przy oddechaniu słychać chrzest („stridor“) charakterystyczny w początkowym okresie dławca; oddech płytki, przyspieszony, kaszel szczekający. Ciepłota 38·6. Dziecko wczoraj wesołe, dziś ma wejrzenie chorego, leży z przymkniętemi oczami, obojętne, przy lada dotknięciu gniewa się i płacze. W nocy chora była niespokojna, zrywała się. Wczoraj późnym wieczorem wystąpiły wymioty. Po południu wszystkie wymienione objawy wzmogły się znacznie, przedewszystkiem oddech stał się silnie utrudniony, z częstym, wybitnie dławcowym kaszlem. Osutka obfitsza i żywsza. W gardle żadnej błony, ani nalotu, tylko dotychczasowe zmiany stały się wybitniejsze. Osłuchując płuca, stwierdzić można stosunki, jakie z reguły towarzyszą dławcowi błoniczemu. Ciepłota 38·8. Pod wieczór objawy cieśni krtani dosięgły znacznego stopnia. Z intubacyą zwlekano do późna, w którym to czasie dziecko zdołało zasnąć na dłużej; noc przeszła spokojnie. Następnego dnia oddech stał się znacznie spokojniejszy; osutka przybladła, natomiast na twarzy, szyi, kończynach górnych i pośladkach wystąpiły porozrzucane bąble pokrzywkowe. Ciepł. 38. Dziecko wogóle swobodniejsze.

Trzeciego dnia wszystkie powyższe objawy ustąpiły; zmiany na skórze nie pozostawiły śladu, również i na błonie śluzowej gardła. Głos nieco zachrypnięty. Po trzech dniach następnych dziecko opuściło szpital, zupełnie zdrowe.

Badanie bakteryologiczne wydzieliny z krtani i podniebienia miękkiego w kierunku błonicy, wykonane w drugim dniu, dało wynik ujemny.

[1]) Monatsschrift f. Kinderheilk. B. II., Nr. 4, S. 225.

W opisanym zbiorze objawów klinicznych dominującymi były objawy cieśni krtani tak, że chwilowo mogły odwrócić uwagę od innych, nie mniej ważnych; rozpoznanie dławca błoniczego narzucało się, jako najwięcej objawami usprawiedliwione. Nie uwzględniając na razie wyniku badania bakteryologicznego, które wykluczyło błoniczą naturę zmian wywołujących te objawy, (ani faktu wstrzyknięcia surowicy), już dokładniejsza obserwacya przebiegu nasuwa liczne w tym kierunku wątpliwości. I tak przedewszystkiem zastanowić musiało równoczesne wystąpienie tylu objawów, nie łączących się klinicznie ze sobą w prawidłowym biegu dotychczas znanych jednostek chorobowych. Ani silnej gorączki, ani wymiotów i ogólnego osłabienia nie powoduje dławiec błoniczy, szczególnie, gdy brak równoczesnych zmian błoniczych w gardle. Prostszą i słuszniejszą jest rzeczą łączyć te zaburzenia w związek z osutką skórną i osutkowem zajęciem gardła. Wobec ich podobieństwa do osutki odrowej nasuwała się wątpliwość, czy nie z odrą mamy do czynienia — tembardziej, że jakkolwiek rzadkie, jednak znane są przypadki (opisuje je Heubner w ostatnim swoim podręczniku [2]), gdzie już w okresie nieżytowym występowały dość gwałtownie objawy dławca rzekomego, zmuszające niekiedy do zabiegu operacyjnego. A zatem, uważając opisywany przypadek za odrę, mielibyśmy wytłómaczenie równoczesnego z nią dławca. Że to jednak nie była odra, świadczy za tem brak wszelkich objawów zwiastunowych, nieprawidłowość osutki (twarz i kończyny wolne od osutki), obraz zmian w gardle, a niemniej i to, że zmiany na skórze i w gardle trwały tylko dwa dni, nie pozostawiając na trzeci ani śladu (wspólnie z resztą objawów).

Po wykluczeniu odry wypada myśleć jedynie o osutce surowiczej, a wystąpienie drugiej osutki tuż po pierwszej utwierdza nas w tem mniemaniu. Oddziaływanie to, jak wiadomo, nie rzadkie, a rozmaitość postaci, w jakiej się okazuje, oraz czasu wystąpienia i trwania, jest dużą. To jedno jest im wspólne, że są uważane za „niewinne"; podniesienie ciepłoty, przeważnie miernego stopnia, a często minimalne, lub żadne, jest jedynym prawie objawem, towarzyszącym tym oddziaływaniom; zaburzeń ogólnych wybitniejszych dotąd nie spostrzegano. Tak świadczą nietylko spostrzeżenia w naszym szpitalu, ale i obce [3]; przedewszystkiem daty statystyczne, zebrane z okresu czterech lat w klinice Ganghofnera w Pradze. W tym czasie na 1224 przypadków błonicy, leczonych surowicą, 81 razy spostrzegano wystąpienie osutki, jako oddziaływania, a w tej liczbie tylko dwukrotnie spostrzegano osutkę podwójną. Liczba tych ostatnich, widzianych w krakowskim szpitalu w ostatnich trzech latach, jest znacznie większa, lecz proporcyonalną do znacznie większej ogólnej ilości osutek. O jakichś zaburzeniach, któreby im towarzyszyły — odmiennie, niż przy osutkach pojedynczych, niema wzmianki w przytoczonych pracach, a nie widziano ich i w naszych przypadkach. To też i ta rzadsza postać osutki w naszym przypadku nie tłómaczy obecnością swoją według dotychczasowych spostrzeżeń tych, dość ciężkich równoczesnych zaburzeń, a przedewszystkiem objawów dławcowych.

Tak więc mamy przed sobą przypadek, dla wyjaśnienia którego powstaje wolne pole do przypuszczeń i domysłów. A jakkolwiek najbliższem i najsilniejszem z nich jest przypuszczenie działania ubocznego surowicy, jako przyczyny całego zbioru zaburzeń, a zatem i owych objawów dławcowych, to wypowiadamy je z całem przekonaniem dopiero dzięki poważnemu zdaniu Myai.

Weług niego wstrzyknięta surowica wywołuje pewnego rodzaju zatrucie ustroju (analogicznie do zatrucia w mocznicy), wyrażające się, obok objawów ogólnych i osutki skórnej, naciekiem surowiczym w tkance podśluzowej krtani, a wywołany w ten sposób obrzęk ma powodować objawy cieśni. Mya określa dokładnie miejsce owego nacieku, mianowicie okolicę podgłośniową, podnosząc, że budowa anatomiczna tej części krtani, mianowicie wielka ilość luźnych, wiotkich włókien tkanki łącznej w warstwie podśluzowej, sprzyja właśnie tego rodzaju zapalnemu toksycznemu procesowi. Przyjmując takie tłómaczenie, trzeba równocześnie przypuścić u danego osobnika szczególną wrażliwość, idyosynkrazyę, wobec tego rodzaju toksyn. Tłómaczenie to jest — zdaje się — najbliższe prawdy. Bo, jakkolwiek przypuszczenie, że na błonie śluzowej krtani powstają zmiany, jak na skórze (pokrzywka), jest zupełnie racyonalne i tłómaczyłoby w danych okolicznościach, t. j. dzięki przypadkowo obfitszemu umiejscowieniu się pokrzywki we wspomnianej okolicy głośni, objawy cieśni krtani, to jednak jest ono może niewystarczające wobec dotychczasowych spostrzeżeń. Na tyle spostrzeganych osutek odczynowych, a szczególnie właśnie pokrzywek, nie spostrzegano dotąd nigdy równoczesnych objawów dławcowych. A przecie warunki zewnętrzne, to znaczy mogące sprzyjać powstaniu powyższych zmian, były tak w tych, jak i w poprzednich przypadkach te same. Dlatego szukać wypada przyczyny u danego osobnika we właściwej mu wrażliwości w tym kierunku.

Tak było w przypadku Myai: Dziecko to (7-letni chłopiec) już dwukrotnie w swojem życiu oddziaływało podobną osutką: raz po zaszczepieniu ospy, drugi raz, w drugim roku życia, po spożyciu jakiegoś mięczaka morskiego. W obu razach wystąpiła silnie rozwinięta pokrzywka. Dziecko przez nas obserwowane nie okazywało dotąd takiej idyosynkrazyi, może dlatego, że w swojem krótkiem życiu nie miało dotąd, prócz zaszczepionej ospy, innej sposobności okazania jej.

W każdym razie nasz przypadek jest w całym przebiegu zupełnie analogicznym do opisanego przez Myaę, a tem samem jest drugim, dotąd wogóle spostrzeganym (nie licząc owych trzech pierwotnych, co do których sam Mya miał wątpliwości).

O ile rozpoznanie przyrody tego rodzaju zaburzeń nie przedstawia trudności w przypadkach, gdzie surowicę stosowaliśmy zapobiegawczo, szczególnie mając w pamięci przypadek Myai i jego teoryę, tak z drugiej strony może być wczesne zoryentowanie się w położeniu nie łatwe tam, gdzie ona była użytą jako lek. A w tych właśnie przypadkach

[2]) Heubner: Lehrb. d. Kinderheilk. B. I, Leipz. 1903.

[3]) Dr. G. v. Rittershain: «Erfahrungen über die in den letzten vier Jahren beobachtet. Serumexantheme» — aus Prof. Ganghofners Kinderklinik in Prag. (Jahrb. f. Kinderheilk. B. 55, S. 542).

(Tamże przytoczone): 1) F. Ganghofner: «Die Serumbehandlung der Diphterie». I. Supplementband zu «Handbuch d. speziell. Therapie innerer Krankheiten». — F. Pentzold u. R. Stintzing 1897.

2) C. Hartung: «Die Serumexantheme bei Diphterie». Jahrb. f. Kinderheilk. 42. Bd., S. 72.

3) U. Daut: «Zur Statistik der Serumexantheme». Jahrb. für Kinderheilk. 44. Bd., S. 289.

ocenimy wielkie znaczenie i praktyczną wartość spostrzeżenia Myai. Poznając w porę, że surowica — w danym razie — winną jest pogorszenia się stanu chorego, a w szczególności wystąpienia lub zwiększenia się objawów dławcowych, nie powtórzymy naturalnie wstrzyknięcia, a przedewszystkiem zachowamy się bardzo wyczekująco, zwlekając mianowicie, ile się da, z wykonaniem wskazanej intubacyi, czy tracheotomii.

Ta nowa ujemna strona surowicy przeciwbłoniczej nie powinna — jak słusznie zauważa Mya — osłabić naszego ku niej zaufania, nietylko dlatego, że jest zjawiskiem tak rzadkiem, lecz że nie zmniejsza równocześnie zbawiennego jej działania.

II. Z kliniki pedyatrycznej Prof. Jakubowskiego w Krakowie.

O cytologicznem badaniu wysięków i przesięków.

Podał

Doc. Dr. Ksawery Lewkowicz.

(Ciąg dalszy).

Wyniki otrzymane w zapaleniu opon przenieść można z pewnemi zastrzeżeniami i na inne błony surowicze. I tak polinukleozę, stwierdzoną przez Widala i Ravauta u starych tuberkulików, tłómaczyćby należało nie tyle oddziaływaniem zakażonych wtórorzędnie jam, jak obecnością starych nacieków serowatych, przylegających do opłucnej.

Widal i Ravaut uważali początkowo wzór limfocytowy za zupełnie cechujący dla gruźlicy. Okazało się jednak wkrótce, że i inne cierpienia mogą przebiegać z tym samym wzorem.

Zapalenia kiłowe. Na pierwszem miejscu należy tu wymienić ze względu na częstość i znaczenie zapalenia kiłowe. Autorowie francuscy (Sicard i Monod 14, Babiński i Nageotte 22, Widal 47, Bélètre 63, Widal i Lemierre 77, Sicard i Touchard 89) udowodnili na znacznym materyale, że zapalenie kiłowe opon cechuje się także limfocytozą. Obok limfocytów spotykamy ciałka wielojadrzaste neutrofilne i eozynofilne, z reguły nieliczne, w niektórych jednak przypadkach w takiej ilości, że wzór staje się mieszanym lub wielojądrzastym (Sicard i Roussy 104). Nietylko w trzecim okresie, ale także w drugim, niejednokrotnie przy kile zupełnie świeżej, 3—5 miesięcznej, spostrzegano odczyn zapalny opon, świadczący o obecności sprawy zapalnej (Milian, Crouzon i Paris 47, Widal 47, Widal i Le Sourd 49, Milian 53, Bélètre 63, Thibierge i Ravaut 65, Sicard i Roussy 104). Ravaut (88) na 118 przypadków kiły wtórorzędnej miał 53 razy wynik dodatni. Sądzi on, że wtedy jest wskazanie do energicznego leczenia rtęciowego. Leczenie takie jest w stanie limfocytozę usunąć (Gaillard i d'Oelsnitz 80). Niekiedy ból głowy naprowadza na obecność zadrażnienia opon; innym znowu razem brak tego objawu. Kiła wtórorzędna z porażeniem nerwu twarzowego (Thibierge i Ravaut 61), zmiany kiłowe w tylnym odcinku oka (Lapersonne 69) łączą się z odczynem limfocytowym opon.

Jeżeli w kile dłużej trwającej, względnie trzeciorzędnej, stwierdzimy limfocytozę obfitą, należy przypuszczać zmiany głębsze mózgu, lub rdzenia. Przy limfocytozie lekkiej należy chorego dokładnie zbadać pod względem układu nerwowego (Beletre 63), często bowiem okazuje się, że przedstawia on objawy poronnie przebiegającego wiądu rdzenia, lub porażenia postępującego.

Wiąd rdzenia i porażenie postępujące łączą się z reguły z zapaleniem przewlekłem opon (Monod 14, Widal, Sicard i Ravaut 14, Babiński i Nageotte 22, Séglas i Nageotte 23, Laignel-Lavastine 24, Nageotte i Jamet 44). Da się to udowodnić nietylko obecnością odczynu cytologicznego, ale i innymi szczegółami n. p. obecnością w płynie białka (Widal, Sicard i Ravaut 73, Guillain i Parant 73). Zapalenie to napotyka się tak często, że przypadkowy zbieg okoliczności jest zupełnie wykluczony. Jeżeli wyjątkowo odczynu zapalnego nie znachodzimy, to przyjąć można, że zapalenie na stałe lub na pewien czas ustąpiło, co przecież tak często powtarza się przy wszelkich sprawach zapalnych kiłowych. Obecność przewlekłego zapalenia opon w wiądzie rdzenia i porażeniu postępującem, tak stale się powtarzająca i tak łatwo dająca się stwierdzić dzięki badaniu cytologicznemu, ma niewątpliwie doniosłe znaczenie, głównie dlatego, że długo z wielu stron przeczono istnieniu zmian zapalnych w obu tych cierpieniach. W ten sposób zaś zyskujemy jeszcze jedno ogniwo w łańcuchu dowodów, że oba cierpienia są wprost przyrody kiłowej, że nie należy ich uważać za wynik jedynie zwyrodnienia pewnych układów, czy samoistnego, jak chce Leyden, czy wywołanego jakimiś przypuszczalnymi jadami kiłowymi. Odpaść musi pojęcie zmian parasyfilitycznych, skoro istnieją bardziej uchwytne zmiany zapalne, mogące być punktem wyjścia zwyrodnień szlachetnych składników rdzenia lub mózgowia. Porażenie postępujące należałoby według tego uważać za zapalenie kiłowe opon i kory mózgowej, wiąd rdzenia według Nageottea (66) za zapalenie kiłowe opon i korzonków tylnych rdzenia (*neuritis radicularis posterior transversa syphilitica*) z następowem zwyrodnieniem protoneuronu czuciowego i związanych z nim neuronów dośrodkowych.

Obok tego teoretycznego znaczenia ma odczyn komórkowy w wiądzie rdzenia i porażeniu postępującem także znaczenie praktyczne, przedewszystkiem dla wczesnego rozpoznania tych cierpień i wczesnego zastosowania swoistego leczenia, a to tem więcej, że limfocytoza może poprzedzać wszelkie inne objawy cechujące, n. p. Argyll-Robertsona (Thibierge i Ravaut 65, Nageotte 66).

Co do samego wzoru limfocytowego, to i tu, mianowicie w porażeniu postępującem, podobnie jak w zapaleniu gruźliczem opon, napotykamy na liczne wyjątki. Ogłoszono cały szereg przypadków, w których wzór był mieszany (1 przypadek Joffroy 22 jeden Widal 22), albo w których wzór był wprost wielojądrzastym (2 przypadki przy drugiem nakłuciu podczas zaostrzeń z udarowym napadem: Widal i Lemierre 56, jeden bez napadu udarowego: Belin i Bauer 68, cztery przypadki: Ardin Delteil 94). Ostatni autor wprowadzał polinukleozę w związek z ostrością przebiegu choroby; Sicard jednak w dyskusyi zaprzeczył, żeby istniała równoległość między wzorem cytologicznym, a przebiegiem. I to zapatrywanie wydaje się słuszniejszem. Są przecież znane przypadki z wynikiem ujemnym (w porażeniu postępującem Laignel-Lavastine 24, Nageotte i Jamet 44, Gilbert, Ballet i Delherm 71, Ardin

Delteil 94, w wiądzie rdzenia Babiński i Nageotte 22, Delille i Camus 70, Widal, Sicard i Ravaut 71, Milian 75). W tych musimy przypuszczać, że sprawa zapalna ustąpiła, nie ustąpiły jednak zniszczenia, nie dające się wogóle już wyrównać, jakie ta sprawa sprowadziła w składnikach szlachetnych mózgowia, względnie rdzenia i jego korzonków. Wzór może do pewnego stopnia wyrażać, co się dzieje w oponach, nie odkrywa nam jednak, jak rozległą jest sprawa zapalna, jak jest rozłożoną, w jakim stopniu dotyka samą tkankę mózgową lub rdzeniową i które jej części.

Z innych cierpień układu nerwowego ośrodkowego jeszcze tylko twardziel rozsiana pociąga za sobą stałe limfocytozę (Carrière 17, Babiński i Nageotte 22), niestałe zaś przewlekłe zatrucie wyskokiem (przypadki ujemne: Widal, Sicard i Ravaut 14, Laignel-Lavastine 24, jeden dodatni Dufour 34). Pląsawica przewlekła daje wynik ujemny (Widal, Sicard i Ravaut 9, Babiński Nageotte 22), ostrą—limfocytozę (Sicard 67). Płyn mózgowordzeniowy niezmieniony znachodzimy w nerwicach, histeryi, neurastenii, padaczce, psychozach, otępieniu starczem, drżączce, myopatyach postępujących, porażeniu Landryego, w porażeniach połowiczych z różnych przyczyn, przy ogniskach i guzach mózgowych (zresztą p. n.), przy objawach mózgowych w przebiegu chorób zakaźnych ostrych np. duru, w zapaleniach nerwów obwodowych (Widal, Sicard i Ravaut 9, Monod 14, Widal, Sicard i Ravaut 14, Babiński i Nageotte 22, Seglas i Nageotte 23, Duppré i Devaux 23, Laignel-Lavastine 24, Nageotte i Jamet 44, Widal i Le Sord 62).

Zapalenie przednich rogów istoty szarej rdzenia (*poliomyelitis acuta*) świeże daje limfocytozę (Guinon Paris 80), lub wynik ujemny (dwa przypadki w 14-tym i 7-ym dniu choroby: Guinon i Rist 85), stare — wynik ujemny (Monod 14).

Limfocytozę znajdujemy prawie zawsze przy półpaścu (*herpes zoster*). Przypadki dodatnie ogłosili Brissaud i Sicard (16), Widal i Le Sourd (32) Dopter (31), Chauffard i Froin (61), Achard (64), Brandeis (103) z bardzo długiem trwaniem limfocytozy, Griffon (99) 9 przypadków dodatnich na 11, jeden przypadek ujemny Achard (61).

Wbrew wyżej przytoczonym podaniom można wyjątkowo przy objawach mózgowych w przebiegu duru brzusznego stwierdzić także limfocytozę opon (Méry 47, Achard i Paisseau 102). Wynik ten należy zestawić z wynikiem dodatnim badania bakteryologicznego, jaki otrzymałem w jednym podobnym przypadku (10) i uważać za objaw lekkiego surowiczego zapalenia opon. Podobnie ma się sprawa w grypie (Gendre i Terrien 105) i przy bólach głowy i zwolnieniu tętna, towarzyszących zapaleniu gruczołu przyusznego (Chauffard i Boidin 105, Dopter 105). Wreszcie także w jednym przypadku przypuszczalnego zatrucia acetonowego stwierdzili limfocytozę Bernheim i Moser (4).

Co do innych błon surowiczych, to należy jedynie dodać, że w zapaleniu opłucnej w przebiegu grypy, lub po grypie stwierdzono limfocytozę (Dopter i Tanton 30).

Limfocytozę można wywołać różnego rodzaju podrażnieniem błony surowiczej. I tak doświadczalnie u świnki morskiej wywoływano wstrzyknięciem podskórnem jadu błoniczego ostre zapalenie opłucnej z limfocytozą (Widal i Ravaut 12). W oponach może samo nakłucie lędźwiowe sprowadzić odczyn limfocytowy z dość znaczną nawet przymieszką ciałek wielojądrzastych, jak to widział Laignel-Lavastine (24) u chorego z rwą nerwu kulszowego w 8. dniu po pierwszem nakłuciu, w którem wynik był ujemny. Po krwotokach do opon (p. n.), po kokainizacyi rdzenia (p. n.) zjawia się często limfocytoza, poprzedzona niekiedy polinukleozą. Wreszcie, jak będziemy widzieć, zapalenia, które cechują się polinukleozą, o ile się kończą wyleczeniem, przechodzą przez okres końcowy limfocytozy. W innych przypadkach tych cierpień limfocytoza zastępuje znów wyjątkowo wzór wielojądrzasty, lub analogicznie w innych cierpieniach wzór śródbłonkowy.

Wszystkie te spostrzeżenia dowodzą, że limfocytoza straciła pierwotną swą, przypisywaną jej przez Widala wartość zjawiska cechującego dla zapaleń gruźliczych, a później i kiłowych i że w użytkowaniu jej do rozpoznawania tych cierpień trzeba zachować wielką ostrożność.

Wysięki z wzorem wielojądrzastym.

Ropa ma wzór wielojądrzasty. Ciałka ropne nie są niczem innem, jak ciałkami wielojądrzastemi neutrofilnemi lub eozynofilnemi. Ale także w płynach o wejrzeniu surowiczem, lub zbliżonem do surowiczego, często napotyka się wzór wielojądrzasty. Przy wysięku ropnym z opon, już przez rozcieńczenie w prawidłowym płynie mózgowordzeniowym, wysięk, jeżeli nie jest zbyt obfity, może otrzymać wejrzenie surowicze.

Wysięki pneumokokowe, np. popneumoniczne wysięki opłucnowe, obok ciałek wielojądrzastych zawierają ciałka czerwone, skąpe limfocyty i śródbłonki, jako makrofagi obejmujące ciałka wielojądrzaste i ciałka czerwone w swej pierwoszczy. Tylko wyjątkowo napotykamy śródbłonki zlepione (Widal i Ravaut 6, 7, Dopter i Tanton 30). Śródbłonki, z początku liczne, w miarę zjawiania się ciałek wielojądrzastych stają się rzadsze i w końcu zupełnie znikają (Widal, Ravaut i Dopter 58). Wyjątki od powyższej reguły zdarzają się, ale rzadko (Patella 42, dwa przypadki zapalenia osierdzia diplokokowego z limfocytozą). Cechy dodatkowe wzoru nie są dla zapaleń pneumokokowych ściśle znamienne, gdyż zupełnie podobny obraz, mianowicie co do makrofagów, okazują także wysięki gośćcowe (Widal i Ravaut 7, Dopter i Tanton 30, Dopter 43, Wolff 45).

Wysięki o wejrzeniu surowiczem, ale wywołane przez drobnoustroje ropotwórcze, mają także z reguły wzór wielojądrzasty z mniejszym lub większym dodatkiem innych składników. Wymienić tu należy zapalenia streptokokowe (Widal i Ravaut 6), stafilokokowe, gonokokowe, np. zapalenie gonokokowe osłonki jądra (Widal i Ravaut 12), zapalenie stawów (Dopter i Tanton 30). Wyjątkowo i tu może się zdarzyć wzór limfocytowy, jak to stwierdziłem w jednym przypadku zapalenia stafilokokowego opłucnej (10 i 48), a Dopter i Tanton w jednym przypadku zapalenia gonokokowego stawów, przebiegającym bez gorączki.

Prątek durowy jest w stanie niewątpliwie sprowadzać zapalenia ze wzorem wielojądrzastym. Przytem zauważyć się daje względna obfitość wielkich ciałek jednojądrzastych, a eozynofilia bywa silniejszą niż we krwi (Widal i Ravaut 6). Podobne wyniki otrzymano w zapaleniu opłucnej doświadczalnem u świnki morskiej (Widal i Ravaut 12) i w zapaleniu opon doświadczalnem u psów (Widal, Sicard i Ravaut 9). Jeżeli wśród duru rozwinie się zapalenie opłucnej, a badanie wykaże przewagę limfocytów nad ciałkami wielojądrzastemi, to należy podejrzywać tło gruźlicze. Wstrzyknięcie płynu śwince morskiej nieraz wtedy da wynik dodatni. Przy lekkiem zapaleniu opon, które się rozwinęło w 14-tym dniu duru, stwierdzili Labbé i Froin (68) polinukleozę, która następnie przeszła w limfocytozę. W jednym przypadku zapalenia opon w czasie ozdrowienia po durze znaleźli Sicard i Monod (14) limfocytozę. Wreszcie w jednym przypadku zapalenia opłucnej durowego widzieli Widal i Lemierre (92) wzór śródbłonkowy. Obraz cytologiczny jest więc tutaj bardzo niestały.

W zapaleniu meningokokowem opon (zapaleniu opon nagminnem) wzór jest prawie zawsze wielojądrzasty (Bernheim i Moser 4, Lewkowicz 10, Griffon 13, Sicard i Brécy 20, Rendu 21, Babiński i Nagestte 22, Laignel-Lavastine 24, Appert i Griffon 28, Bendix 39, Léri 57). Neutrofilom towarzyszy mniejsza lub większa ilość limfocytów 0,3—3% i nieco śródbłonków. Dopiero z chwilą nastania wyleczenia następuje przejście w limfocytozę, która znów z chwilą nawrotu objawów ostrych może ustąpić miejsca polinukleozie (Labbé i Castaigne 19, Griffon i Gandy 28). Limfocytozę stwierdził Bendix (39) w przypadku trwającym od kilku miesięcy i odnosił ją do przewlekłości sprawy. Mononukleozę wreszcie stwierdzili Widal i Lemierre (65) w przypadku nerwobólów, trwających od czterech lat w łączności z zapaleniem nagminnem opon, a Variot (79) w przypadku ozdrowienia po tem cierpieniu.

W zapaleniu zrazikowem płuc z objawami mózgowymi można często stwierdzić odczyn zapalny w oponach. Wzór jest mieszany, lub przeważają ciałka wielojądrzaste. Nie da się z tego twierdzenia wyprowadzić żadnych wniosków co do ciężkości i dalszego przebiegu sprawy (Nobécourt i Voisin 74).

Przy zawale płuc stwierdzano polinukleozę opłucnej (Barjon i Cade 26).

Przy udarze upalnym zjawia się w części wypadków polinukleoza opon, która przechodzi następnie w limfocytozę (Dopter 95).

Wścieklizna u człowieka i wścieklizna doświadczalna u zwierząt przebiega z polinukleozą opon (Courmont i Lessier 15, Nicolas 92).

Polinukleozę można wywołać wstrzyknięciem różnych środków chemicznych. Wiedziano przecież już dawno, że olejkiem terpentynowym, krotonowym i t. p. można wywołać aseptyczne ropnie. Winiarski (2) stwierdził, że płyn otrzymany z wezykatoryi ma wzór wielojądrzasty i odznacza się wybitną eozynofilią.

Kokainizowanie rdzenia przez nakłucie lędźwiowe sprowadza polinuklozę, a następnie limfocytozę (Ravaut i Auberg 24); zastrzyknięcie jodu do pochewki jądra — polinuklozę z erytrocytozą (Dopter i Tanton 30). Po wessaniu krwi wynaczynionej do opon może nastąpić polinukleoza (Widal 78).

Wyjątkowo może się znaleźć polinukleoza przy nowotworach złośliwych (p. n.), w jamie brzusznej przy marskości wątroby (Dopter i Tanton 30), w sprawach gruźliczych i kiłowych (p. w.). (Dok. nast.)

III. *Pęknięcie błony bębenkowej* [1].

Podał

Dr. Rafał Spira,

kierownik ambulatoryum otyatrycznego szpitala izraelickiego w Krakowie.

Przedziurawień błony bębenkowej, będących następstwem chorób ucha zewnętrznego, środkowego, lub też samej błony, w pracy niniejszej nie poruszamy. Natomiast samodzielne pierwotne pęknięcia błony bębenkowej, które zawsze występują po urazie, mają wielkie znaczenie sądowolekarskie i dlatego bliższe poznanie ich przez lekarzy praktycznych jest bardzo pożądanem.

Etyologia. Przyczyny, wywołujące urazowe pęknięcie błony bębenkowej, mogą być bezpośrednie i pośrednie. Do bezpośrednich należą: ciała obce w uchu zewn., narzędzia, używane do dłubania w uchu, jak szpilki, druty, ołówki, rączki od pióra, wykłuwacze i t. p.; płyny, kwasy żrące w uchu zewn., albo też przedmioty umyślnie i z siłą do ucha wepchnięte, jak n. p. strzały i t. p. Dalej — pęknięcie takie może powstać bezpośrednio wśród pewnych rękoczynów leczniczych, do których należą silne przestrzykiwania ucha, niezręczne usiłowania wydobycia ciała obcego, gwałtowne wyrwanie czopka woskowinowego, przyczepionego do błony bębenkowej, oderwanie polipa, przyczepionego do błony bęben., nieostrożne sondowanie ucha zewn., zbyt dalekie posunięcie stożka przez trąbkę, zbyt silne przyżegania błony kwasami, lekami żrącymi, przy niezgrabnem zastosowaniu sondy Lucaego i t. p.

Pośrednie przyczyny uszkodzenia błony bębenkowej prawie zawsze są następstwem nagłego i znacznego wahania ciśnienia powietrza po jednej albo po drugiej stronie błony. Najczęściej policzek, uderzenie w ucho dłonią, spowodowuje pęknięcie błony bębenkowej, nawet już przy nieznacznej sile, jeżeli przypadkowo wejście do przewodu zostało nagle całkiem szczelnie zamknięte, a powietrze w przewodzie usznym doznało nagłego zagęszczenia. W podobny sposób wszelkie inne czynniki, wywołujące nagłe zagęszczenie lub rozrzedzenie powietrza w ucho zewnętrznem albo środkowem, mogą pociągnąć za sobą tosamo następstwo. Tu zaliczyć należy wybuchy, detonacye, zbyt silne zadziałanie głosu, uderzenie piorunu, wystrzał, nagłe zanurzenie głowy pod wodę, skok do wody, wstrząśnienie czaszki, pęknięcie czaszki, uderzenie głową, upadnięcie, głośny całus w ucho. Dalej uważano to uszkodzenie błony u robotników, pracujących w jaszczykach, przy nagłem wejściu do przestrzeni z powietrzem zagęszczonem, albo nagłem opuszczeniu takiego miejsca, dalej przy kichaniu, kaszlu, silnem wysiąknięciu nosa, u powieszonych i t. p. Heiman spostrzegał takie pęknięcie błony bębenkowej, wywołane przyłożeniem ucha do telefonu.

Z rękoczynów leczniczych, mogących być powodem tej choroby, wymienić należy: rozrzedzenie lub zagęszczenie powietrza w uchu zewnętrznem lub środkowem, miesienie sposobem Delstanchego, wdmuchiwanie powietrza sposobem Valsalvy, Politzera lub zapomocą cewnika usznego.

[1]) Ustęp z dzieła p. t. »Krótki zarys nauki o chorobach usznych« które wkrótce wyjdzie staraniem »Wydawnictwa dzieł lekar. polskich im. Edwarda Korczyńskiego«.

We wszystkich tych przypadkach zmiany chorobowe i odżywcze w błonie bębenkowej, obniżające jej odporność i podatność, stanowią czynniki, znakomicie sprzyjające powstaniu takiego pęknięcia o tyle, że uwarunkowują większą skłonność do tego uszkodzenia. Błona bębenkowa częściowo zbliznowaciała, zwapniała lub zanikła pęknie prędzej, niż błona prawidłowa; przy ścieśnionej, nieżytowo obrzękłej trąbce prędzej, niż przy trąbce o świetle prawidłowem.

Objawy podmiotowe są w pierwszej chwili bardzo znaczne. Chory uczuwa nagle gwałtowny huk albo trzask w uchu, połączony z mniejszym lub większym bólem. Czasem chory doznaje zaraz potem zawrotu głowy lub ogłuszenia, szczególnie przy pośredniem powstaniu przedziurawienia. Rzadziej występują wymioty, mdłości, chód niepewny i inne objawy nerwowe w następstwie wstrząsu, jak silny szum w uchu, zajęcie głowy i nawet utrata przytomności i zemdlenie. Zwykle wszystkie te objawy wkrótce ustępują, słuch przez jakiś czas jest nieznacznie upośledzony i chory tylko narzeka, że przy wysiąkaniu nosa powietrze mu z ucha uchodzi. Tylko tam, gdzie równocześnie nastąpiło silne wstrząśnienie błędnika, upośledzenie słuchu może dojść wysokiego stopnia i objawy zawrotu głowy, jakoteż zaburzenia równowagi mogą utrzymywać się przez kilka dni, a nawet dłużej. W pewnych rzadszych przypadkach słuch może po pęknięciu błony bębenkowej być lepszym, niż przedtem.

Objawy przedmiotowe. Badanie otoskopijne wykazuje w pierwszych dwóch dniach po uszkodzeniu przedziurawienie linijne, wązkie, podłużne, o brzegach ostrych, obrąbionych płynną lub zaschłą krwią. W najbliższem sąsiedztwie ubytku błona okazuje się zaczerwienioną. W otoczeniu widać kilka czarnych punkcików, pochodzących z zaschłej krwi, nieraz także małe skrzepy w zatoce przewodu ucha zewnętrznego na dolnym brzegu błony bębenkowej. W zupełnie świeżym przypadku wypływa czasem z ucha kilka kropel krwi. Nieraz widać równocześnie na głowie i na muszli usznej ślady zadziałania urazu, obrzmienia, otarcia skóry, podbiegnięcia krwi i t. p.

Rzadziej otwór w błonie bębenkowej jest ziejącym, połączonym z utratą substancyi, kształtu owalnego lub okrągłego. Brzegi mogą być nierówne, zębate, poszarpane, a nawet płatowe, co prawie wyłącznie ma miejsce w przypadkach, w których błona już przedtem była chorobowo zmienioną, szczególnie wobec zbliznowacenia błony bębenkowej i przy bezpośredniem jej uszkodzeniu. W takim razie widać przez ten otwór bladożółtą błonę śluzową jamy bęb., błyszczącą, czystą. Zdarzają się, chociaż rzadko, podwójne pęknięcia w jednej błonie, spostrzegane przy strzelaniu z dział. Gwałtowne wstrząśnienia, spowodowane ciałami wybuchowemi, mogą wywołać obustronne pęknięcia.

Po największej części przedziurawienie znajduje się bezpośrednio tuż za trzonem młotka i przebiega pionowo z góry na dół, albo w dolnej części błony, idąc więcej poziomo i kierując się jednym końcem ku pępkowi, drugim ku obwodowi błony, równolegle do kierunku włókien promienistych błony bębenkowej.

Próby słuchu wykazują stosunki prawidłowe, albo nieznaczne zajęcie narządu przewodzącego głos. Weber po stronie uszkodzonej, przewodnictwo kostne nieznacznie przedłużone, próba Rinnego jednak dodatnia. Jeżeli wstrząśnienie błędnika miało miejsce, wówczas próby te wskazują na zajęcie narządu, pojmującego głos.

W kilka dni po uszkodzeniu otwór może już się zamknąć, albo jeżeli jest jeszcze otwarty, to brakuje już zwykle wszelkich znaków urazowego jego pochodzenia.

Przebieg i rokowanie. Zwykle wszystkie objawy podmiotowe i przedmiotowe mijają w krótkim czasie. Zresztą przebieg może być różnym, zależnie od rodzaju urazu, od stanu błony bębenkowej przed urazem i od dalszego leczenia: 1) Jeżeli uszkodzone ucho było przedtem zdrowe i nie nastąpiło zakażenie rany, to zwykle po kilku dniach, a czasem nawet już po kilku godzinach wszelkie objawy ustępują, przedziurawienie się zamyka i słuch wraca po krótszym lub dłuższym czasie (od 3 dni do 6 tygodni) do stanu prawidłowego. Nawet oderwanie brzegu błony od pierścienia chrzęstnego na większej przestrzeni może się całkiem zrosnąć z przywróceniem prawidłowego słuchu. 2) Zdarzyć się może, że następuje ropienie ucha środkowego, które również dzięki nadzwyczajnej sile odrodczej błony bębenkowej kończy się w znacznej części przypadków zupełnem wyzdrowieniem; albo też pozostawia mniejsze lub większe upośledzenie słuchu. 3) Czasem pozostaje suche przedziurawienie, co jednak bardzo rzadko ma miejsce. 4) Nareszcie może pozostać przewlekłe ropienie ucha środkowego z wszystkiemi jego następstwami. Z tego wynika, jak niepewnem i trudnem jest rokowanie w pierwszej chwili po wypadku.

Wogóle pęknięcie, powstałe bezpośrednio, n. p. przez przebicie przedmiotem, użytym do drapania w uchu, albo gałązką podczas przedzierania się przez gęstwinę leśną i t. d. pociąga za sobą częściej ropienie uszne. Tak samo dzieje się przy umyślnych przedziurawieniach błony nieczystym przedmiotem, jak to czynią popisowi w celu uwolnienia się od służby wojskowej (Heiman), lub przy zanieczyszczeniu rany w błonie bębenkowej, przy jednoczesnem złamaniu kości czaszki, przy rozległem zniszczeniu błony z równoczesnem uszkodzeniem kostek słuchowych, następuje często silniejsze lub mniejsze ropne zapalenie ucha środkowego. Pęknięcia zaś, powstałe pośrednio, n. p. wskutek parcia powietrza, są przeważnie nieszkodliwe, goją się prędko i pozwalają przytem rokować dobrze. Jednakże wtedy może nastąpić wstrząśnienie błędnika, co się objawia niedosłyszeniem błędnikowem wyższego stopnia i dłuższy czas trwającem, z jego cechami, t. j. zawrotem głowy, szumem w uchu, niepewnym chodem i t. d., co, rzecz naturalna, znacznie pogarsza rokowanie. Wogóle jednak uraz, wywołujący pęknięcie błony bębenkowej, wyczerpuje na tem swoją siłę i nie działa na błędnik. Odwrotnie tam, gdzie nie przychodzi do pęknięcia błony, siła urazu, przenosząc się przez kostki słuchowe na błędnik, prędzej wywołuje jego wstrząśnienie. Pęknięcie błony bębenkowej skutkiem urazu należy zatem uważać, jako poniekąd szczęśliwy wypadek, jako środek ochronny dla ucha wewnętrznego.

Rozpoznanie przedziurawienia błony bębenkowej może być trudnem, jeżeli wązki szczelinowaty otworek znajduje się w cieniu przed trzonem młotka, albo w obrębie blasku świetlnego, lub też jeżeli jest pokryty skrzepem krwi albo grudką woskowiny. Za pochodzeniem urazowem przedziurawienia, w przeciwieństwie do przedziurawienia, pozostałego po ropnem zapaleniu ucha środkowego, przemawiają: 1) Ślady uszkodzeń w uchu zewnętrznem i w otoczeniu. 2) Wynaczynienia krwi w błonie bębenkowej i krwawienie lub skrzepiki na ostrych brzegach lub w otoczeniu pęknięcia. 3) Żółta jak kość błona śluzowa jamy bębenkowej. 4) Szeroki, głęboki, chuchający szelest przy osłuchiwaniu wdmuchiwań powietrza. Albowiem jeżeli przedziurawienie pochodzi z przebytej choroby błony lub jamy bębenkowej, powietrze, wpędzone przez trąbkę do jamy bębenkowej, uchodzi przez otwór w błonie bębenkowej, wydając szmer syczący i świszczący z powodu obrzmienia lub zgrubienia błony śluzowej jamy bębenkowej, błony bębenkowej, lub samych brzegów otworu. 5) Nareszcie szybkie zarastanie otworu, stwierdzonego po urazie w błonie bęb., czyni również prawdopodobnem urazowe jego pochodzenie, gdyż takie suche przedziurawienie, pozostałe po dawniej przebytem ropnem zapaleniu ucha środkowego, okazuje się po największej części stałem, a bardzo rzadko tylko zarasta później dobrowolnie.

Te są najgłówniejsze oznaki, cechujące świeże urazowe przedziurawienie błony bębenkowej. Jednakże nie są one zupełnie wolne od zarzutów i nie zawsze są pewne. Co do 1), to wszelkich uszkodzeń w uchu zewn. może brakować. 2) Tak samo może brakować podbiegnięcia krwi na

brzegach ubytku, jeżeli pęknięcie tyczyło się miejsca zanikłego lub blizny w błonie. Co do 3) i 4), to po wyleczeniu choroby trąbki i ucha środkowego może błona śluzowa jamy bęb., jakoteż szmer z przedziurawienia zachować się zupełnie tak, jak w przedziurawieniu urazowem. Nareszcie co do 5) zdarza się, że z jednej strony pęknięcie urazowe utrzymuje się dłuższy czas, a w końcu przecież się zamyka; z drugiej zaś, że otwór, pozostały po wyleczonej chorobie ucha środkowego, może przecież ulegać zmniejszeniu się i szybkiemu zarośnięciu. W kilka dni po urazie po ustąpieniu śladów świeżego urazu (krew na brzegach i w otoczeniu) rozpoznanie urazowego pochodzenia pęknięcia błony bębenkowej będzie zawsze bardzo utrudnione. Bezwarunkowo zaś niemożliwem będzie to rozpoznanie, jeżeli tymczasem nastąpi rychłe zarośnięcie pęknięcia, albo wystąpi ropne zapalenie odczynowe, które zaciera wszelkie cechy pęknięcia urazowego, t. j. wejrzenie błony bębenkowej, kształt przedziurawienia, kształt brzegów i t. d. tak, że choroba ta nie daje się odróżnić od samodzielnego zapalenia ucha środkowego.

Pewne znaczenie rozpoznawcze mają też wywiady, potwierdzające, że chory 1) doznał urazu, który zdołał wywołać takie pęknięcie i 2) że dawniej dobrze słyszący człowiek nagle, w chwili urazu, uległ upośledzeniu słuchu.

Z tego wszystkiego, cośmy wyżej powiedzieli, wynika, że urazowe pęknięcie błony bębenkowej daje się jako takie łatwo rozpoznać li tylko w pierwszych dniach po urazie; później zaś obraz chorobowy nie łatwo odróżnić od przedziurawienia, powstałego z innych powodów. Z tego wynika doniosły obowiązek lekarza natychmiastowego zbadania narządu słuchowego w każdym przypadku uszkodzenia głowy, jak na to już przy innej sposobności wskazałem.

Orzeczenie sądowo-lekarskie. Z tego, cośmy w opisie „przebiegu" powiedzieli, wynika, że w pierwszym czasie po powstaniu pęknięcia nie można wydać stanowczego sądu co do znaczenia i doniosłości uszkodzenia, że zatem z wydaniem orzeczenia należy poczekać najmniej 4—8 tygodni, aż się rozstrzygnie dalszy los pęknięcia w kierunku jednej z 4 wyżej wymienionych możliwości zejścia. Dla określenia stopnia uszkodzenia musimy się przekonać o stopniu niedosłyszenia. Przytem należy rozważyć, czy uszkodzony nie miał już przedtem słuchu przytępionego, czy nie istniała szczególna skłonność do pęknięcia błony, jak dawniejsze zmiany w błonie, czy równocześnie nastąpiło wstrząśnienie błędnika, co poznać można na podstawie wyników prób słuchu, na innem miejscu podanych. Wogóle zaś każde niepowikłane pęknięcie błony bęb. uważać należy jako lekkie uszkodzenie ciała, a tylko powikłanie z ropnem zapaleniem ucha środkowego, albo z silnem i trwałem wstrząśnieniem błędnika, kwalifikuje pęknięcie błony bębenkowej, jako uszkodzenie ciężkie. W jednym i drugim kierunku można będzie stanowczo orzec dopiero po dłuższej obserwacyi i kilkakrotnie powtarzanem badaniu, gdyż następstwa wstrząśnienia błędnika z czasem ustąpić mogą i różnorodne zejścia ropienia usznego nie dają się przewidzieć. Pomiędzy innemi należy także uwzględnić przy orzeczeniu skłonność chorych, udających się przed sąd, do udawania i do przesady.

Leczenie jest czysto zachowawcze i polega na spokoju i zatkaniu ucha watą albo gazą, w celu uniknięcia szkodliwych wpływów zewnętrznych na uszkodzoną błonę bębenkową. Choremu należy polecić unikanie silnego siąkania nosa, jak niemniej wszystkich środków leczniczych. Tylko w razie silnego przekrwienia błony bębenkowej należy zastosować leczenie przeciwzapalne, jak okłady lodowe, upust krwi i pędzlowanie okolicy ucha jodyną. Gdy jednak równocześnie nastąpi wstrząśnienie błędnika albo przychodzi do jakiej choroby następowej ucha środkowego lub wewnętrznego, tam należy te powikłania cierpieniami następowemi poddać odpowiedniemu leczeniu.

IV. Wyciągi.

Prof. Dr. Fürbringer. **O znaczeniu objawu Quinquauda, szczególnie w stosunku do nadużywania napojów wyskokowych.** (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, Nr. 27). Rzecz bardzo ciekawa i dotychczas tylko we francuskiem piśmiennictwie omawiana. W r. 1893 lekarz francuski Quinquaud wykonał ze swoimi słuchaczami, aby wykryć wśród nich pijaków, następujące doświadczenie. Kazał im rozstawione palce ustawić prostopadle na swoich dłoniach, poczem dwóch słuchaczów oznaczył jako pijaków, u innych zaś stwierdził wynik ujemny. Dopiero w kilka lat później udało się Francuzowi Maridort, a potem Aubryemu doświadczenie to z dobrym wynikiem powtórzyć i wytłómaczyć. Zjawisko to zdarza się u nadużywających napojów wyskokowych. Maridort opisuje je w sposób następujący: Gdy badany ustawia rozchylone palce prostopadle na dłoni badającego, wywierając przytem lekki ucisk, badający czuje po kilku sekundach lekkie wstrząśnienia, tak jakby członki palców badanego uderzały o siebie i o dłoń badającego. Zależnie od natężenia tych wstrząśnień pojedynczych badający może mieć uczucie tarcia aż do uczucia trzaskania (*craquement*). Trzaskanie takie powstaje przy zniekształtniającem zapaleniu stawów tylko wskutek zmian na powierzchniach stawowych i przy silnym ruchu; zjawisko Quinquauda natomiast nie ma tej przyczyny. Aubry odróżnia na podstawie tego zjawiska pijaków i miernie nadużywających wyskoku, od abstynentów, u których zjawisko to wcale podobno się nie zdarza. Fürbringer zaś, który zmienił nieco sposób badania, poleca bowiem zamiast wszystkich palców ustawiać tylko palec drugi i średni na dłoni, doszedł na podstawie szeregu badań do wyników nieco odmiennych. Wedle natężenia, z jakiem zjawisko Quinquauda występuje, rozróżnia on trzy stopnie zjawiska i podaje takie zestawienie:

Quinquaud	Abstynenci	Nadużywający wyskoku miernie	Nadużywający wyskoku średnio	Pijacy
brak zupełny był u	42 (29·5%)	85 (60%)	13 (9%)	2 (1·5%)
z średniem natężeniem . . .	14 (6 „)	159 (66 „)	48 (20 „)	20 (8 „)
bardzo silny . .	4 (5 „)	31 (36·5 „)	24 (28·5 „)	26 (30 „)

Wynika więc stąd, że niewątpliwie istnieje związek między nadużywaniem wyskoku, a zjawiskiem Quinquauda, że u pijaków bardzo rzadko objawu tego brakuje, że jednak i u abstynentów może on się pojawić. Zliczając razem abstynentów i miernie pijących, jako niepijących, a resztę, jako pijących, otrzymuje F. u swoich 452 badanych osobników następujący wynik:

Quinquaud	Niepijący	Pijący
brak	89·5%	10·5%
średni	72 „	28 „
silny . . .	41·5 „	58·5 „

Wnioski, jakie Fürbringer stąd wysnuwa, są następujące: 1) Osobniki, u których niema objawu Quinquauda, według wszelkiego prawdopodobieństwa nie nadużywają wyskoku. 2) Osobników, u których jest średnio silny objaw Quinquauda, nie należy uważać za nadużywających napojów wyskokowych. 3) Silny objaw Quinquauda wskazuje na nadużywanie wyskoku w stosunku 3:2.

W porównaniu z zjawiskiem Quinquauda dawno znany objaw pijaństwa, drżenie rąk, pozwala z większem prawdopodobieństwem wnosić o nadużywaniu wyskoku; objaw Quinquauda zaś to ma za sobą, że mniej zwraca uwagę badanego i że służyć może do potwierdzenia rozpoznania, uzyskanego innym sposobem. Zjawiska Quinquauda brakuje u dzieci zupełnie, najsilniejsze jest między 40—60 rokiem życia, a potem znowu słabnie. Trzeszczenia te można słyszeć także słuchawką. Zjawisko to stara się Fürbringer wytłómaczyć w sposób następujący: Pod wpływem nerwowym, wywołanym przez zatrucie wyskowe, powstaje pewien szczególny, dla oka jednak niewidzialny ruch, który wraz z niewidocznemi dla nas zmianami na powierzchniach stawowych staje się przyczyną owego tarcia i trzeszczenia. *Dr. Selzer* (Lwów).

Guinard. **O ropniach wątroby w przebiegu duru.** (*La Presse medicale*, Nr. 52, 1904). Ropnie wątroby w przebiegu duru bywają tak rzadkie, że zazwyczaj się o nich nawet nie myśli. Jest to fakt tem dziwniejszy, że drogi w jelitach są tak liczne i zakażenie tak łatwe; zapewne jest to następstwem faktu, że wiele ropni wątroby zostaje zupełnie zapoznanych. Autor opisuje przypadek, który badał poraz pierwszy w 77 dniu trwania duru. Nakłucie silnie obrzękłej wątroby wykazało ropę. Badanie mikroskopowe i bakteryologiczne krwi i ropy wykazało istnienie paciorkowców i prątków durowych ponad wszelką wątpliwość, jakkolwiek pewną jest rzeczą, że sam prątek Ebertha może dać powód do powstania ro-

pni wątroby. Rzadkość tego powikłania w przebiegu duru stwierdzają też inni autorowie. I tak Romberg z Lipska na 677 przypadków, w tem 88 śmiertelnych, donosi tylko o jednym ropniu wątroby; Schultz (Hamburg) przytacza 3.686 przypadków duru z 362 przypadkami śmierci, atoli bez tego powikłania. Dopfer na 627 sekcyj zwłok po durze notuje 10 ropni wątrobowych, a Lannois z Lugdunu znalazł w roku 1895 tylko jeden ropień na 71 sekcyj. *Dr. Blassberg.*

Gomar i Buvat. **O toksykomaniach.** (*La Presse médicale*, Nr. 54, 1904). W ostatnich latach z powodu rozszerzenia się morfinizmu niektórzy autorowie radzili zastąpić morfinę heroiną, która jest eterem diacetowym morfiny, lub dioniną, t. j. chlorowodorkiem morfiny etylowej. Morel-Lavallé polecał głównie heroinę i to w celach leczniczych przy morfinizmie. Mimo tego, że autor ten sam wyrażał wątpliwość o niewątpliwej pewności tego leku, leczenie heroiną rozpowszechniło się znacznie. Gomar i Buvat mieli w leczeniu trzy przypadki heroinomanii i jeden dioninomanii, w których stan fizyczny mimo małych dawek był bardziej podkopany, niż to ma miejsce przy morfinizmie, a złudzenia euforyi były mniejsze, niż po morfinie. Chorzy dotknięci tem cierpieniem ulegli nawrotowi. *Dr. Blassberg.*

Prof. Dr. Opitz. **O widokach wyleczenia i o leczeniu zakażeń połogowych.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1904, Nr. 25, 26, 27). Autor występuje przeciw bezwzględnemu operacyjnemu leczeniu zakażeń połogowych, zaleconemu przez Trendelenburga i Schultzego. Trendelenburg radzi podwiązanie lub wycięcie żył, wychodzących z macicy, już w początku gorączki połogowej zaraz po pierwszych dreszczach, Schultze zaś zaleca w takich razach całkowite wycięcie macicy. Opitz porównując statystykę śmiertelności po zabiegach operacyjnych z własną statystyką leczenia zachowawczego, stwierdza, że śmiertelność po leczeniu zachowawczem jest wybitnie mniejsza. Nadto, zdaniem Opitza, chcąc operować, trzeba rozpoznać, po której stronie żyły, wychodzące z macicy, uległy zapaleniu zakaźnemu (*thrombophlebitis*), a rozpoznanie takie jest niezmiernie trudne; zważyć też należy, że po pierwszym dreszczu już pewna ilość drobnoustrojów musiała się dostać do ustroju. Środki lecznicze, zalecone przez autora, są następujące: bezwzględny spokój, dobre odżywianie się chorej (podaje białko w postaci sanatogenu, puro, somatozy), podawanie wielkich stosunkowo ilości cukru, jako materyału, który najprędzej ulega spalaniu w ustroju; doprowadzenie wielkich ilości płynu *per os*, przez skórę lub przez odbytnicę. Obok tych środków dyetetycznych zaleca autor w pewnych razach używać surowic Tavela lub Aronsona i wstrzykiwać do żył collargol Credego. Występuje jednak autor przeciw tak ogólnie zalecanemu podawaniu wyskoku (Runge), ponieważ wyskok po chwilowem podnieceniu wywołuje osłabienie akcyi serca. *Dr. Selzer* (Lwów).

Swoboda (Wiedeń). **Leczenie krztuśca antytussyną.** (*Wiener klinische Rundschau*, Nr. 23, 1904). Nowy ten lek, przedstawiający się jako maść, bywa stosowany tylko zewnętrznie, w kształcie nacierań, względnie wcierań — oczywiście po poprzedniem obmyciu odpowiednich okolic ciała (szyja, piersi, plecy). Przyjemna woń, rozchodząca się po użyciu tego środka, jest dowodem, że antytussyna została należycie wtarta. Autor w 15 przypadkach zastosował tę maść, osiągając znakomite wyniki, nie umie jednak wyjaśnić, co właściwie jest czynnikiem działającym, czy mięsienie pod postacią tych wcierań, czy wdychiwania aromatycznych i lotnych istot, wytwarzających się po natarciu antytussyny, czy też istotnie wessanie bliżej nieznanych składników. W każdym razie warto — choćby dla próby — stosować w krztuścu antytussynę, tem bardziej, że jestto środek zewnętrzny, nie wywołujący żadnych ubocznych szkodliwych objawów. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Coester (Wiesbaden). **W sprawie rozpoznania i leczenia wiądu rdzenia.** (*Berliner klin. Wochenschrift*, Nr. 27 i 28, 1904). Na zasadzie swego długoletniego doświadczenia twierdzi autor, że rozpoznanie wiądu rdzenia czyni się w ogromnej większości przypadków za późno; w chwili bowiem stwierdzenia braku odruchów kolanowych i źrenicznych, choroba już jest zupełnie prawie rozwinięta, leczenie więc w tym okresie nie może dać wyników pomyślnych. Wczesne o ile możności rozpoznanie ma tedy doniosłe znaczenie.

Jakkolwiek nieznany jest dokładnie związek, zachodzący między wiądem rdzenia a kiłą, to przecież obecnie należy uważać kiłę za podstawę późniejszego wiądu, choćby już z tej przyczyny, że innych czynników, wiąd wywołać mogących, dotychczas nie stwierdzono. Do najwcześniejszych — prawie pierwszych — objawów wiądu należą błyskawicznie pojawiające się bole kończyn, uchodzące bardzo często za gośćcowe, niemniej różnego rodzaju uczucia w postaci mrowienia, cierpnienia nóg lub „głuchych“ bolów; uczucie zimna w końcach palców rąk lub upośledzone czucie bolu lub ciepłoty. Szczególne zaś ma znaczenie niejednakowy wynik badania symetrycznych części ciała. Wszystkie inne objawy należą już do późniejszych okresów wiądu.

Omawiając leczenie ma autor na względzie jedynie leczenie przeciwkiłowe, sądząc, że ono prowadzi bezwarunkowo przynajmniej do znacznej poprawy przez wstrzymanie niszczącej sprawy chorobowej, toczącej się w rdzeniu kręgowym. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Heitler (Wiedeń). **Uwagi o nagłej śmierci chorych na serce podczas snu.** (*Wiener medicinische Presse*, Nr. 26, 1904). Nagłe przerwanie czynności serca u chorych na serce nie jest wcale rzadkiem zjawiskiem; doświadczenie poucza, że występuje częściej w przypadkach pierwotnego schorzenia mięśnia sercowego, aniżeli w wadach zastawkowych — i to w rozmaitych okresach choroby: bądź u chorych, okazujących silne zaburzenia ze strony serca, bądź u chorych z nieznacznymi objawami, lub też u chorych, u których wprost żadnych zmian w sercu stwierdzić nie można, ponieważ sprawa sercowa przebiega w postaci utajonej. W każdym razie można powiedzieć, że śmierć w takich przypadkach zupełnie nie jest zawisłą od zmian anatomicznych: serce bowiem nie dlatego przestaje działać, że w danej chwili zmiany anatomiczne doszły już do takiego stopnia, iż dalsza czynność serca jest niemożliwa, lecz skutkiem chwilowego znaczniejszego nerwowego podrażnienia serca (Kundrat), okoliczność, którąby na zdrowy mięsień bez wpływu pozostała. O takich przypadkach śmierci można powiedzieć, że serce jeszcze nawet kilka lat mogłoby pracować pomimo powiększenia się zmian anatomicznych, gdyby nie owo nagłe nerwowe podrażnienie; za tem przemawia także znane doświadczenie Goltza, że przez opukiwanie brzucha żaby można u niej wstrzymać czynność serca, a nawet wywołać śmierć. Z bezpośrednich przyczyn, mogących pociągnąć za sobą śmierć wśród snu u chorych na serce, należy wymienić nagle ruchy chorych, następnie podrażnienie serca przez narządy brzuszne, szczególniej żołądek i jelita, wreszcie przykre sny; co do ostatniej przyczyny przytacza autor jedno takie spostrzeżenie. *Dr. Pisek* (Podgórze-Kraków).

Konrádi. **O trwaniu życia bakteryi chorobotwórczych w wodzie.** (*Centrbl. f. Bact.*, 1904, T. 36, Nr. 2). Z przytoczonego przez autora piśmiennictwa wynika, że ważne pytanie, jak długo w wodzie nie giną bakterye chorobotwórcze, nie jest do dziś dnia ostatecznie rozstrzygnięte. Większość dawniejszych autorów przychyla się jednak do zdania, że zarazki duru, cholery i wąglika w wodzie studziennej szybko giną. Wbrew temu zapatrywaniu utrzymuje autor na podstawie własnych licznych doświadczeń z prątkiem durowym, wąglikowym i gronkowcem złocistym, iż bakterye te, dostawszy się do wody, walczą z bakteryami wodnemi zazwyczaj zwycięsko tak, że bakterye wodne giną po krótszym lub dłuższym czasie, a utrzymują się tylko bakterye chorobotwórcze. W niektórych wodach mogą bakterye chorobotwórcze zachować swą żywotność bardzo długo, coby może tłómaczyło, skąd zjawiają się nieraz po długiej przerwie z zagadkowego źródła w pewnych miejscowościach epidemie. Jednakże bakterye chorobotwórcze w wodzie wykryć jest niełatwo wogóle, a tem trudniej po dłuższem ich pożyciu w wodzie, ponieważ wtedy zmieniają się niektóre ich biologiczne właściwości. I tak n. p. prątek durowy, wyhodowany z wody, tworzy niekiedy w hodowlach bulionowych kożuszek, a gronkowiec złocisty traci swoją znamienną barwę. Ta trudność ma tem większe znaczenie, że bakterye takie, przebywając w wodzie, mogą jednak całemi latami zachować swe własności chorobotwórcze. Spostrzegane niekiedy wcześniejsze obumieranie bakteryi chorobotwórczych w wodzie zależy od dotykających je zmian degeneracyjnych. Wpływa na to także jakość wody: n. p. gronkowiec ginie znacznie szybciej w wodzie jałowej, niż w zwykłej wodzie wodociągowej. *C.*

Ghedini. **Spostrzeżenia anatomiczne i histologiczne co do trującego działania niektórych wyciągów z narządów.** (*Centrbl. für Bacter.*, T. 36, Nr. 1 i 2). W długim szeregu doświadczeń starał się autor zbadać, jakie skutki wywołują u psów wyciągi z trzustki, jajników, jąder, nadnerczy, gruczołu tarczowego, grasicy i tkanki nerwowej morskich świnek. Wyciągi te stosował autor w znaczniejszych ilościach i bardzo długo. Psy, u których stosował wyciągi przez 2—3 miesięcy, ginęły pomimo starannego żywienia i opieki. Badanie histologiczne zaś wykrywało u takich zwierząt znaczne zmiany we krwi, w śledzionie i gruczołach chłonnych, poczęści także w innych narządach. Stopień zmian był tem większy, im więcej zastosowano wyciągu, natomiast ani stopień, ani rodzaj zmian, zdawał się nie zależeć od jakości wyciągu, z wyjątkiem wyciągu z nadnercza. Na podstawie swoich badań ostrzega autor przed nieoględnem stosowaniem wielkich ilości wyciągów z narządów u ludzi bez ścisłych wskazań, co dziś tak często się dzieje, a może wywołać nieoczekiwane i groźne skutki. *C.*

Prof. Dr. Samter. **Przypadek mięśniaka odźwiernika.** (*Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 25, 1904). W przypadku, spostrzeganym przez autora, wszystkie objawy kliniczne przemawiały za rakiem odźwiernika; dopiero przy zabiegu operacyjnym okazał się guz jako mięśniak odźwiernika i jako taki dał się wyłuszczyć. Autor przytacza piśmiennictwo znanych dotychczas 57 przypadków mięśniaków przewodu pokarmowego, wykazując, że klinicznie trudno bardzo rozpoznać mięśniaka, gdyż przewlekłe nieżyty żołądka zwykle mu towarzyszą i przytem może przyjść do znacznej chery. *Dr. Salzer.*

V. Kongres internistów niemieckich w Lipsku (18—21 kwietnia 1904 r.)

Zestawił

Dr. Henryk Pisek.

(Ciąg dalszy)

XIII. De la Camp (Berlin): W sprawie oznaczenia wielkości serca. Na zasadzie dokładnego określenia bezwzględnego stłumienia serca można wnioskować o prawdziwej jego wielkości, — nawet część serca, leżącą pod mostkiem a nie pokrytą płucem, można wypukiem oznaczyć; dla oznaczenia rzeczywistej wielkości serca najlepszem postępowaniem jest ortodiagrafia. Kombinując wypuk z przysłuchem nie można dojść do lepszych wyników, tyczących się granic serca: odgłos wypukowy zmienia się pod wpływem skóry, mięśni i kości. Metoda rzutowa (projekcyjna) Smitha również nie daje bezwzględnie dokładnych wyników. W dyskusyi Kraus (Berlin) powiada, że de la Camp na mocy swych doświadczeń przekonał się o złych wynikach, otrzymywanych zapomocą metody Smitha, a pomimo to na tej metodzie opiera się cała nauka o ostrej rozstrzeni serca, uznawanej przez wielu lekarzy. Wobec tego nie można się zgodzić z zapatrywaniami Smitha, — albowiem jego stanowisko umiejętnie nie jest uzasadnione.

Schrötter (Wiedeń). Wypuk jedynie zapomocą palców jeszcze dzisiaj ma swoje doniosłe znaczenie: tą metodą można granice serca możliwie dokładnie oznaczyć, — a promieniami Röntgena o tej dokładności się przekonać. Nowa metoda jest tylko wówczas dobra, jeśli istotnie coś nowego przynosi, lub rzeczy znane potwierdza — w przeciwnym razie jest ona bez znaczenia.

Turban (Davos) oświadcza, że stara metoda wypukowa łącznie z metodą dotykową Erba znakomicie się nadają do określenia granic serca. Czasami w przypadkach rozedmy płuc wyniki są mniej dokładne.

XIV. Wiesel (Wiedeń): Zmiany anatomiczne narządu krążenia w przebiegu duru brzusznego. Autor badał narząd krążenia w 12 przypadkach duru, zmarłych na szczycie choroby: w większości przypadków stwierdził w mięśniu sercowym przewlekłe zmiany łącznotkankowe (*myocarditis*), opisywane już przez Romberga, w tętnicach typowe zmiany w włóknach mięsnych, a szczególnie w tkance elastycznej warstwy środkowej, (zanik i rozpad ziarnisty włókien).

XV. Ortner (Wiedeń): Zachowanie się narządu krążenia w przebiegu chorób zakaźnych, a szczególnie duru brzusznego. Na 38 przypadków duru brzusznego znalazł Ortner 29 razy drugi ton nad tętnicą główną wzmocniony. Ponieważ wszystkie inne przyczyny takiego objawu dadzą się wykluczyć, dlatego przyjmuje autor jako prawdziwą i istotną przyczynę, towarzyszące zwiotczenie obwodowo-powierzchownych i głębszych naczyń, które — o ile naczynia włosowate powierzchowne wchodzą w rachubę, — klinicznie objawia się w takich razach przez dwubitność tętnic, rzekomą chybkość, tętnienie drobnych naczyń i dwubitność tętna włosowatego. Z uwagi dalej, że takie zwiotczenie obwodowo-powierzchownych naczyń może pociągnąć za sobą i obniżenie się parcia krwi, a Ortner stale stwierdzał parcie prawidłowe, dlatego trzeba również przyjąć pewną kompensatę w postaci równoczesnego skurczu głębokich naczyń, a w takich razach brak wzmocnienia II go tonu nad ortą, za czem przemawia takich 9 przypadków, w których nadto stwierdzono silniejsze uderzenie koniuszkowe, jako wyraz zwiększonej pracy serca. W przebiegu duru następuje śmierć skutkiem porażenia nerwów naczynioruchowych i zmian anatomicznych serca; wynika to z spostrzeżeń klinicznych autora i badań histologicznych, dokonanych przez Romberga i Wiesela. Ortner opisuje dalej, — jako dotychczas nieznany objaw, — dwubitność tętna włosowatego. W jednym przypadku lekkiej niedomykalności aorty stwierdził Ortner równocześnie z nasileniem drugiego tonu nad tętnicą główną malenie, względnie przycichanie rozkurczowego szmeru nad aortą, aż do zupełnego zniknięcia, powtórne pojawienie się szmeru z przycichaniem drugiego tonu aorty i to podczas bezgorączkowego okresu, spowodowanego piramidonem; — po usunięciu zaś piramidonu szmer znów przycichł, a drugi ton stawał się nasilonym. Dr. Wiesel znalazł w tym przypadku w sercu stare myokardytyczne zmiany obok świeżych; — ostatnich brakowało na zastawkach aorty. Podobne stosunki, jak w durze, znalazł autor w przebiegu grypy, gruźlicy prosówkowej, ropnicy i drugorzędnej kiły, połączonej z gorączką.

XVI. Hoffman (Düsseldorf): Nowa graficzna metoda i spostrzeżenia w sprawie sztucznej niemiarowości odsłoniętego serca. Badania swoje wykonał autor na chorym, na którym wykonano szeroką torakoplastykę: lewa połowa serca była jedynie cienkim płatem skóry pokryta. Zastosowawszy zmodyfikowaną metodę suspenzyjną Engelmana, mógł Hoffman wykazać skurcze drugorzędne (extrasystole), wywoływane prądem galwanicznym; także można było sztucznie wywołać zmiany w rytmie, które (podobnie jak u żab i zwierząt cieplokrwistych) są następstwem działania ino- i chromotropijnego.

W dyskusyi przypomina Hering (Praga), że już Ziemssen wywoływał skurcze drugorzędne bodźcami mechanicznymi na odsłoniętem sercu

De la Camp (Wiedeń) demonstruje przekroje zmarłych zwłok, w których granice narządów były otoczone drutem ołowianym i odnośne zdjęcia rentgenograficzne.

Rille (Lipsk) przedstawia chorego, dotkniętego bardzo rzadkiem cierpieniem, t. zw. *pityriasis lichenoides*, i omawia cechy różniczkowego rozpoznania ze względu na kiłę.

XVII. Neisser (Szczecin): O nakłuciu próbnem i nakłuciu czaszki. Pomimo, że zapomocą przyrządów wiertniczych można nakłuwać czaszkę, niema nigdzie wzmianki, jakoby nowoczesna chirurgia posługiwała się tą metodą rozpoznawczą. U 30 chorych nakłuwał autor 120 razy czaszkę zapomocą elektrycznego przyrządu wiertniczego, odnajdując w ten sposób ognisko chorobowe w celu następowej trepanacyi, lub też wprost jako postępowanie lecznicze. W jednym przypadku torbiela opony wydobyto 50 cm^3 płynu; powtórna operacya była w tym przypadku również pomyślna. W każdym razie jestto operacya poważna, a nawet nakłucie próbne winno być wykonywane na zasadzie dokładnych wskazań. Wreszcie przedstawia autor chorych, którzy bez jakichkolwiek złych następstw przebyli taki zabieg operacyjny.

XVIII. Ascher (Berno szwajc.): Przyczynek do fizyologii nerwów sercowych. Po opisaniu nowej metody, zapomocą której Ascher zbadał sposób działania nerwów serca, stawia autor następujące twierdzenia: sprawność nerwów sercowych zależy od odżywienia serca; nerw błędny o tyle jest zależny od ciepłoty, o ile nagła jej zmiana osłabia jego działanie, lub go zupełnie pozbawia działania. Pobudliwość nerwu błędnego zmniejsza się pod wpływem wzrastającego parcia śródsierdziowego; — atoli przystosowanie się może się zwolna wytworzyć. (Dok. nast.)

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 11 sierpnia.

* Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, zwołane na 3 b. m. w sprawach majątkowych Towarzystwa, nie doszło do skutku dla braku kompletu.

* Rządowy instytut szczepienia ospy ochronnej w Warszawie przeniesiony został do nowego, współczesnym wymaganiom odpowiadającego budynku przy ul. Nowogrodzkiej 82, postawionego kosztem 30.000 rubli według planów inż. Dziekońskiego i Dr. Polaka.

* W Kolonii otwartą zostanie 1 października b. r. Akademia medycyny praktycznej. Członkami jej zostali mianowani profesorowie: Bardenheuer, Hochhaus, Minkowski, Tillman, Borst, Siegert.

* Dyrekcya berlińskiej Charité nie odnowiła kończącego się kontraktu z prof. P. Jacobem, prawdopodobnie wskutek rozgłośnego zajścia w berlińskiem Towarzystwie medycyny wewn., w którem udowodniono Jacobowi, że widząc szkodliwość swoich »wlewań płucnych«, nie zaniechał ich, a w wykładzie swoim pominął milczeniem przypadek śmierci, wywołany temi wlewaniami.

* Konkurs na pracę na temat „Patologia i terapia jaglicy“ z nagrodą 2000 koron, z terminem do 31 grudnia 1904 r. i dopuszczeniem wszystkich języków państwowych ogłasza węgierskie ministeryum spraw wewnętrznych.

* W Paryżu otwarto w Sorbonie biuro informacyjne w sprawach naukowych pod kierunkiem Dr. Blondela, a kosztem miasta.

* Nakładem Urbana & Schwarzenberga w Wiedniu zaczęło wychodzić nowe pismo p. t. „Centralblatt für physikalische Therapie und Unfallheilkunde“, pod redakcyą prof. Hoffy i Doc. Bumma.

Mianowania i odznaczenia. Docenci Dr. Vesely i Dr. Syllaba w Pradze odznaczeni tytułem profesorów nadzw. Docenci Dr. Ehret w Strassburgu, Honl w Pradze i Fawicki w Petersburgu mianowani profesorami nadzwyczajnymi. Prof. Girard z Berna mianowany dyrektorem kliniki chirurgicznej w Genewie, prof. Delépine profesorem medycyny doświadczalnej i bakteryologii w Manchester, docent Szymanowski profesorem okulistyki w Kijowie.

Nekrologia. Zmarli: Prof. Scarenzio, dermatolog w Pawii.

Bibliografia:

— *Gazeta lekarska* Nr. 31. Koelichen: O organicznych cierpieniach układu nerwowego na tle tryprowem. Wróblewski: Przyczynek do nauki o nowotworach złośliwych migdałków podniebiennych (c. d.).

— *Medycyna* Nr. 31. Nitsch: Uwagi nad metodą Pasteurowską zapobiegania wściekliźnie. Bornstein: Asthenia paroxysmalis.

— *Krytyka lekarska* Nr. 7. Kramsztyk: Organizacya prasy lekarskiej polskiej. J. Bieliński: Założenie wydziału lekarskiego w Warszawie (c. d.) Z. Kramsztyk: Przyjmowanie chorych do szpitala.

— *Przegląd higieniczny* Nr. 8—9. Inż. Maślanka: Kanalizacya miasta Lwowa. Bier: Instytucya lekarzy szkolnych dla szkół miejskich miasta Krakowa. Panek: Jarstwo wobec nowoczesnej wiedzy (c. d.).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 31. Niederle: Processus vermiformis jako východiště invaginace ileocoecalni. Michal: Několik případů z chirurgie lebky (c. d.). Návrat: O samovraždě. Matys: Conjunctivitis zvaná Perinaud'ova (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 60. E. Saint-Jacques: II zjazd lekarzy francuskich Ameryki północnej. Faure: Wrażenia z Ameryki.

— Nr. 61. Tillaux: Zimne ropnie sutka. Pressat: Zapobieganie zimnicy w Suezie. Melun: Kilka uwag o technice przemywań cewki moczowej i pęcherza.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 32. Sinnhuber. Uraz, jako przyczyna niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Schittenhelm i Bendix: O losach kwasu nukleinowego, wprowadzonego do krwi. Conradi: O zakażeniu mieszanem prątkami durowymi i paratyfusowymi. Friedrich: Leczenie chirurgiczne ropnego zapalenia opon wskutek zapalenia ucha. Dapper: Leczenie cukrzycy środkiem tajnym »Djoeat« (Bauer). Barth: Nowe poglądy w leczeniu bezgłosu kurczowego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 31. Wilms. Przyczyna kolki w chorobach jelit, kamicy żółciowej i nerkowej. Kothe: Badania ciepłoty stawów schorzałych i sztucznie przekrwionych. Heinecke: W sprawie działania promieni radu na tkanki zwierzęce. Nieberding: Przypadek meningocele anterior. Zacharias: Olbrzymi torbiel jajnikowy. Velhagen: O czaszce wysokiej i zaniku nerwu wzrokowego. Nöldecke: Niezwykłe uszkodzenie oka ciałem obcem. Voos: Nowe nosowe kleszcze tnące. Kricheldorf: Kopystka językowa z lampką. Härting: Coxa vara. Rössle: Rola przekrwienia i wieku w powstawaniu nowotworów. Roth: Historya medycyny i Hipokrates.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 31. Minkowski: W sprawie otwarcia Akademii medycyny praktycznej w Kolonii. Engel: O obniżeniu punktu marznięcia krwi u chorych na raka. Davids: Kilka spostrzeżeń o weronalu. Rzętkowski: Miażdżyca tętnicy głównej u królików po wstrzyknięciu adrenaliny do żył. Mass: O rzadko opisywanem rodzinnem cierpieniu nerwowem. Lilienfeld: Leczenie elektromagnetyczne.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 31. Hamburger i Reuss. Skutki wstrzykiwań różnych rodzimych białek. Zevi: Odczyn Gruber-Widala w żółtaczce. Pelzl: Botulismus. Hockauf: Zamiana korzenia goryczki z wilczą jagodą.

Redakcya otrzymała: 1) Dr. Stanisław Łagowski: Jędrzej Śniadecki i jego teorya jestestw organicznych. Odbitka z »Kosmos«. Lwów 1904. 2) Publications of Cornell University Medical College. Studies from the departement of Neurology. Vol. I. New York City 1904.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności m. Krakowa“.

W tygodniu 31 (od 31/VII do 6/VIII) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 28, dz. 24; nieżywo: chł. —, dz. 1. — **Zmarło:** miejscowych: męż. 21, kob. 22; zamiejscowych: męż. 14, kob. 6.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych 3, obcych —. 2) gruźlica: miej. 12, ob. 4. 3) zapalenie płuc: miej. 4, ob. 3. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miejsc. — ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica: miej. —, ob. 2. 8) odra: miej. 1, ob. 1. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 4, ob. 1. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —, 16) zakażenie przyranne: miej. 1, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przen. ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy miej. 1, ob. —. 20) choroby narządu krążenia: miej 6, ob. 1. 21) nowotwory: miej. 6, ob. —. 22) inne przyczyny śmierci natur.: miej. 5, ob. 6. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. — 24) śmierć gwałtowna: miej. —, ob —. **Razem** miej. 43, obcych 20.

Za redaktora odpowiedzialnego: **Prof. Dr. Stan. Ciechanowski.**

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

Ogłoszenie płatne. (Naśladownictwo zastrzeżone).

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).

Dr. **Jekels,** właściciel i kierownik Zakładu.

Iwonicz.

Dr. **Damański Emanuel.**
Dr. **Gabryszewski,** docent chir. Uniw. lwows., lek. zakł.
Dr. **Stauber.**

Jastrzemb-Koenigsdorf (Śląsk górny).

Dr. **Witczak,** kierownik i właściciel Zakładu.

Jaworze (Ernsdorf, Śląsk austr.).

Dr. **Zanietowski Józef,** jun., lekarz zakł.

Kosów

lecznica fizykalno-dyetetyczna, otwarta od Maja do końca Października.
Dr. **Tarnawski,** kierownik i właściciel.

Krynica.

Dr. **Cercha Maksymilian.**
Dr. **Dębicki Klemens,** („pod Jeleniem").
Dr. **Ebers,** radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Kmietowicz.**
Dr. **Kopff Leon,** lekarz c. k. Zakładu zdrojowego.
Dr. **Lewicki Stanisław,** asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr. **Lorentski.**
Dr. **Wąsowicz Z.,** („pod Orłem").

Maryówka pod Lwowem.

Dr. **Zakrzewski,** kierownik i właściciel Zakładu.

Ojców.

Dr. **Niedzielski St.,** dyrektor zakładu wodoleczniczego.
Dr. **Daniłowski Br.,** asystent dyrektora.

Rabka.

Dr. **Lang,** lekarz okr.
Dr. **Supiński Edmund,** lekarz zakładowy.

Rymanów.

Dr. **Dukiet.**
Dr. **Regiec J.**
Dr. **Wajgel Eugeniusz,** lekarz zakładowy.

Swoszowice.

Dr. **Cholewicz Franciszek.**

Szczawnica.

Dr. **Gorski Ksawery,** lekarz zakł., kierownik Zakładu wodoleczniczego górnego.
Dr. **Hammerschlag Rudolf,** (dom „pod Attylą").
Dr. **Kołączkowski J.,** kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu.
Dr. **Zuliński Edward,** (Willa „Alma"), (zimą w Meranie).

Truskawiec.

Dr **Krzyżanowski E.,** radca ces., lekarz zakł.
Dr. **Pelczar Z.**
Dr. **Praschil Tad.,** b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł

Zakopane.

Dr. **Majewicz Edmund,** Przecznica.

Żegiestów.

Dr. **Piotrowski Tymoteusz,** lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.

Dr. **Kümmerling,** (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).

Dr. **Feuerstein Leon,** („Hotel Continental").

Cieplice trenczyńskie.

Dr. **Filipkiewicz Stefan,** lekarz zakł.
Dr. **Wobr,** lekarz zakł. (zimą Lussinpiccolo).

Franzensbad.

Dr. **Steinsberg,** („Goldener Brunnen").
Dr. **Zeitner Józef,** (dom „Stadt Paris").

Gleichenberg.

Dr. **Bulikowski St.,** (Villa „Höffinger" IV).

Wyspa Grado obok Tryestu.

(Kąpiele morskie i piaskowe.)
Dr. **Oransz M.,** (Polak), (zimą w Wiedniu).

Karlsbad.

Dr. **Biernacki E.,** docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza").
Dr. **Kaufmann Oskar,** (Sprudelstrasse, „Pascha").
Dr. **Kołaczkowski,** („Stadt Athen").
Dr. **Kostecki,** (zimą w Abbazyi).
Dr. **Kretowicz,** (Kaiserstrasse, „Stadt Warschau").
Dr. **Kropf Leon,** (Theatergasse, „Minerva").
Dr **Maleszewski Wł.,** (Alte Wiese, „Drei Staffeln").

Kissingen.

Dr. **Chłapowski Franciszek,** radca sanitarny.
Dr. **Maciejewski J.,** (Villa „Elsa").

Kołobrzeg.

Dr. **Weissenberg Józef,** (zimą *Nervi*).

Marienbad.

Dr. **Dobija Fr.,** (Kaiserstrasse, „Weisser Schwan").
Dr. **Harajewicz Wład.,** (Villa „Wahnfried").
Dr. **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg").
Dr. **Schermant J.,** (Villa „Apollo").

Meran. (Sezon 1/IX—31/V.)

Dr. **Binder,** kier. i właściciel sanatoryum „Stefania".

Nauheim.

Dr. **Jankowski Fr.**